

بررسی تحلیلی ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی والدین کودکان مبتلا به فلج مغزی (CP) و والدین کودکان عادی در شهر تهران

سعید رضایی^۱

دکتر غلامعلی افروز^۲

دکتر الهه حجازی^۳

دکتر کمال خرازی^۴

چکیده

پژوهش حاضر، بررسی تحلیلی ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی والدین کودکان مبتلا به فلج مغزی و مقایسه آن با والدین کودکان عادی می‌باشد. بدین منظور تعداد ۱۳۰ دانش‌آموز مبتلا به فلج مغزی (۷۰ دانش‌آموز پسر و ۶۰ دانش‌آموز دختر) و ۱۳۰ دانش‌آموز عادی (۷۰ دانش‌آموز پسر و ۶۰ دانش‌آموز دختر) به صورت تصادفی از جامعه آماری مربوط انتخاب گردید. متغیرهای این پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه‌ای که توسط متخصصین این رشته با روایی و پایایی منطقی تنظیم شده، جمع‌آوری گردید و بعد از تحلیل‌های آماری (با استفاده از مجذور کای، تی تست و یومن ویتنی)، نشان داده شد که بین ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی والدین کودکان فلج مغزی و والدین کودکان عادی در بیشتر متغیرهای مورد بررسی در دو سطح آلفای ۵٪ و ۱٪ تفاوت معناداری وجود دارد.

کلید واژه‌ها: فلج مغزی، ویژگی‌های زیستی، ویژگی‌های شناختی، ویژگی‌های روانی، ویژگی‌های اجتماعی، والدین

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران. Tehran.uc.ir@gmail.com

۲- استاد دانشگاه تهران

۳- دانشیار دانشگاه تهران

۴- دانشیار دانشگاه تهران

مقدمه

به طور کلی معلولیت^۱ همزاد با تاریخ بشریت است. مروری بر تاریخچه معلولیت نشان می‌دهد که در هر دوره‌ای از تاریخ، در هر فرهنگ و تمدنی و در همه طبقات اجتماعی افرادی وجود داشته‌اند که از نظر فعالیت‌های اجتماعی و کنش‌های ذهنی و حرکتی پایین‌تر از حد طبیعی عمل نموده و نیازمند توجهات ویژه‌ای بوده‌اند. براساس آگاهی‌های موجود در گستره علل بروز و شیوع فلج مغزی می‌توان چنین اظهار داشت که احتمالاً بشر از ابتدای خلقت تاکنون به این بیماری مبتلا بوده است. با وجود این، تقریباً تا روزگار اخیر دست‌اندرکاران امور پزشکی، پرورشی یا خدمات اجتماعی کمتر توجهی به این بیماری مبذول داشته‌اند. گام‌های بلندی که علم پزشکی در گذشته در این مورد برداشت، سبب شد که تا حد زیادی به این مسئله توجه شود و نگران‌هایی در مورد سرنوشت افرادی که به این بیماری مبتلا هستند، به‌وجود آید (فیت^۲ ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۴). برخلاف پیشرفت‌هایی که در زمینه شناخت و درمان این بیماری شده است، باز افراد مبتلا به فلج مغزی، با مشکلات متعددی روبه‌رو هستند. عدم آشنایی عامه مردم با شرایط بیماری، فرصت رشد فردی را از آنها می‌گیرد.

فلج مغزی عارضه‌ای است که شامل ناتوانی‌هایی در حرکت و وضعیت بدن است و در نتیجه آسیب‌های مغزی پیش از تولد، در حین تولد یا دوره نوزادی به‌وجود می‌آید. در کودکان مبتلا به فلج مغزی، عضلات و عصب‌هایی که به مغز مرتبطند، طبیعی هستند ولی فرایند "ارتباطی" بین مغز و عضلات دچار اشکال است. رویدادهایی مانند خون‌ریزی مغزی، کمبود یا فقدان اکسیژن به هنگام تولد، سکته در دوران جنینی، ناسازگاری خونی جنین و مادر و ضربه‌های مغزی و خیلی از اتفاقاتی که در دوران جنینی پیش می‌آید می‌توانند باعث آسیب‌های عصب‌شناختی شوند که این به نوبه خود به برخی از انواع فلج مغزی منجر می‌گردد. با وجود این، تقریباً در نیمی از موارد فلج مغزی هیچ‌گونه علت مشخصی وجود ندارد (هلی^۳ ۱۹۸۳ به نقل از هانت و مارشال^۴، ۲۰۰۲). فلج مغزی رابطه تنگاتنگی با عقب‌ماندگی ذهنی دارد. معقول‌ترین برآوردها نشان می‌دهد که هوشبهر ۵۰ درصد کودکان فلج مغزی پایین‌تر از ۷۰ و ۲۵ درصد بین

1- handicap

2- Fate, G.

3- Helly

4- Hunt & Marshall

۷۰ تا ۹۰ و نمرات هوشی بقیه در رتبه به‌هنگار یا بالاتر است (برل اشتین، ۱۹۹۵). به نقل از رابینسون و رابینسون^۱ ۱۹۷۶ ترجمه ماهر، (۱۳۷۷). در یک تحقیق علمی، این فرض که خانواده‌های دارای کودک معلول (فلج مغزی) فشار و استرس زیادی را تحمل می‌کنند، توسط گونتارد^۲ و همکارانش (۲۰۰۲) تأیید شده است. در این بین مادران کودک معلول، بیشتر از سایر اعضای خانواده احساس فشار و ناراحتی می‌کنند (آنگ^۳، ۱۹۹۸). پژوهش‌های دیگری که در مورد مراقبین اولیه (مادران)، کودکان با فلج مغزی و مراقبین اولیه (مادران) کودکان عادی انجام شد، نتایج نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی مراقبان کودکان با فلج مغزی و مراقبان کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که کیفیت زندگی مراقبان کودکان عادی نسبت به مراقبان کودکان فلج مغزی مطلوب‌تر بود (آنس^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ اکر و هندون^۵، ۲۰۰۴). همین‌طور میزان افسردگی و ناسازگاری مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی بیشتر از مادران کودکان عادی گزارش شده است (مائورین^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). با عنایت به آنچه گفته شد، عوامل و شرایط بسیاری در هر جامعه‌ای باعث فلج مغزی می‌شود، اگر چه بسیاری دیگر از این عوامل هنوز ناشناخته باقی مانده است (تقوی، ۱۳۸۲).

در یک مطالعه طولی نلسون والنبرگ^۷ (۱۹۹۳)، عوامل فلج مغزی را با توجه به تغییرات جمعیت شناختی در چهار استان کالیفرنیا بر روی یک نمونه بزرگ مربوط به زادوولد سال‌های ۱۹۸۳ تا ۱۹۸۵ که تا سه سالگی زنده بودند، بررسی کردند. نتایج آنها نشان داد که بیشتر مبتلایان فلج مغزی را کودکانی تشکیل می‌دادند که به هنگام تولد وزنی کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند. حدود ۴۷ درصد مبتلایان به فلج مغزی به هنگام تولد وزن بالاتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند و بیش از هفت درصد کودکان مبتلا شامل کودکانی بودند که دارای وزنی چهار تا چهار و نیم کیلوگرم به هنگام تولد بودند. میزان خطر ابتلا در تک‌قلوها پایین‌تر از دو قلوها گزارش شد. همچنین میزان معلولیت در مادرانی که در فاصله سنی ۲۵ تا ۳۲ سالگی زایمان داشتند کمتر از مادرانی بود که در سن بالای ۴۰

1- Robinson & Robinson

2- Gontard

3- Ong, L.C.

4- Ones, K.

5- Eker, L. Handan Tuzun et al

6- Maureen O. Donnell

7- Nelson, K.B. & Ellenberg

سالگی اقدام به فرزندآوری کرده بودند. خطر معلولیت نوزاد در پدر و مادران جوانی که در سن کمتر از ۱۸ سالگی بچه‌دار شده بودند نیز بیشتر گزارش شد. طول بارداری، یعنی بارداری کمتر از نه ماه کامل نیز عامل مستقلى برای ابتلا به فلج مغزی نشان داده شد. میزان شیوع فلج مغزی در کودکان سیاه‌پوست نیز به نسبت بیشتری در مقایسه با کودکان سفیدپوست گزارش شد که اغلب این کودکان دارای وزنی پایین به هنگام تولد بودند و همچنین اغلب آنها از مادرانی متولد شده بودند که در دوره بارداری از تغذیه مناسب برخوردار نبودند، طول بارداری کاملی نداشتند و غالب زایمان زودرس داشتند.

روش

جامعه آماری و حجم نمونه و ابزار تحقیق

جامعه آماری این پژوهش را والدین کلیه کودکان ۵ الی ۱۷ ساله مبتلا به فلج مغزی که در کلینیک‌ها و مؤسسه‌های مختلف توان‌بخشی کاردرمانی و فیزیوتراپی شهر تهران، تحت آموزش و درمان بودند، همچنین والدین کلیه کودکانی عادی ۵ الی ۱۷ ساله مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستانی شاغل به تحصیل در مناطق ۲۲ گانه تهران، تشکیل می‌دهد. از بین تمام جامعه آماری کودکان مبتلا به فلج مغزی، تعداد ۱۴۰ دانش‌آموز مبتلا به فلج مغزی (۶۰ دختر و ۷۰ پسر) با شکل‌های مختلف فلج مغزی یعنی منوپلژی، همی‌پلژی، کوآدریپلژی، .. و از کل جامعه آماری کودکان عادی نیز تعداد ۷۰ پسر و ۷۰ دختر از مدارس شهر تهران در مقاطع مختلف تحصیلی به طور تصادفی انتخاب شدند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه چند درجه‌ای با مقیاس لیکرت است که اطلاعات مربوط به ویژگی‌های زیستی، شناختی و عاطفی - اجتماعی والدین کودکان مبتلا به فلج مغزی و عادی را به صورت توصیفی گردآوری می‌کند. روایی^۱ این آزمون توسط متخصصان تعیین شده است و برای تعیین پایایی^۲ ۱۵ نسخه از آن به صورت پایلوت (مطالعه مقدماتی) با استفاده از روش اجرای مجدد بر روی والدین کودکان فلج مغزی، که به طور تصادفی از حجم نمونه انتخاب شده بودند، اجرا شد و مقدار

1- validity

2- reliability

همبستگی آنها در طی دو اجرای اول و دوم ۰/۹۲ به دست آمد. در نهایت ضریب قابلیت اعتماد این پرسش‌نامه ۰/۹۲ است.

نتایج

نتایج مربوط به این پژوهش در قالب چهار مؤلفه، یعنی، ویژگی‌های جمعیت شناختی کودکان مورد مطالعه، ویژگی‌های زیستی والدین، ویژگی‌های شناختی والدین و ویژگی عاطفی - اجتماعی والدین در قالب جداول مجزا فقط برای متغیرهایی که تفاوت معناداری داشتند، آورده شده است.

جدول ۱: نتایج مربوط به ویژگی‌های کودک و رابطه آن با فلج مغزی

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار خی دو	مشخصه آماری متغیرها
۰/۰۵	۳	۱۳/۴۸	فصل تولد
۰/۰۰۱	۲	۴۲/۴۶	وزن تولد
۰/۰۵	۱۰	۳۴/۹۰	سابقه ابتلا به بیماری

نتایج حاصل از آزمون خی دو (X^2) نشان داد که بین فصل تولد، وزن تولد، سابقه ابتلا به بیماری و فراوانی کودکان مبتلا به فلج مغزی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۲: نتایج مربوط به تفاوت سن والدین و همچنین سن والدین به هنگام ازدواج

و تولد کودک مورد مطالعه

سطح معناداری	مقدار (t)	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین گروه	گروه	مشخصه آماری متغیرها
۰/۰۰۱	-۳/۵۵	۲۵۸	۴/۴۶	۱۸/۸۲	cp	سن مادر هنگام ازدواج
		۲۵۸	۴/۳۸	۲۰/۷۷	n	
۰/۰۰۷	-۲/۷۰	۲۵۸	۵/۷۹	۲۰/۷۲	cp	سن مادر هنگام اولین بارداری
		۲۵۸	۴/۵۰	۲۲/۴۷	n	
۰/۰۰۶	-۲/۳۹	۲۵۸	۷/۰۴	۲۵/۲۷	cp	سن مادر هنگام تولد کودک
		۲۵۸	۶/۲۴	۲۷/۲۸	n	
۰/۰۰۱	۴/۲۹	۲۵۸	۳/۱۶	۵/۲۵	cp	تفاوت سن پدر و مادر
		۲۵۸	۳/۰۲	۳/۶۰	n	

نتایج حاصل از آزمون (t) برای سن مادر به هنگام ازدواج، سن مادر هنگام اولین بارداری، سن مادر هنگام تولد کودک، سن پدر هنگام تولد کودک، تفاوت بین سن پدر و مادر کودک و فراوانی کودکان مبتلا به فلج مغزی تفاوت معناداری را نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج مربوط به قد، گروه خونی، مدت، کیفیت بارداری مادر و گروه خونی پدر و ارتباط آنها با فلج مغزی

سطح معناداری	مقدار خی دو	درجه آزادی	مشخصه آماری متغیرها
۰/۰۰۱	۲۵/۶۴	۲	قد مادر
۰/۰۰۱	۳۱/۴۵	۷	گروه خونی مادر
۰/۰۰۱	۳۱/۴۵	۷	گروه خونی پدر
۰/۰۰۱	۷۸/۲۹	۲	مدت بارداری
۰/۰۰۱	۳۱/۹۵	۲	کیفیت بارداری

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد بین میزان قد، گروه خونی مادر، مدت بارداری، کیفیت بارداری، گروه خونی پدر و تولد کودکان با فلج مغزی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴: نتایج مربوط به وضعیت سلامتی مادر قبل از تولد کودک، مصرف دارو توسط مادر به هنگام بارداری، اعتیاد پدر و مادر و ارتباط آنها با فلج مغزی

سطح معناداری	مقدار خی دو	درجه آزادی	مشخصه آماری متغیرها
۰/۱۹۴	۱/۶۹	۱	وضعیت سلامتی مادر قبل از تولد کودک
۰/۴۴۱	۰/۵۹۲	۱	مصرف دارو توسط مادر
۰/۰۰۵	۲/۸۱	۴	اعتیاد پدر و مادر

در جدول بالا، همان طور که ملاحظه می شود، به غیر از اعتیاد پدر و مادر بقیه متغیرها یعنی وضعیت سلامتی مادر قبل از تولد کودک، مصرف دارو توسط مادر به هنگام بارداری و فراوانی تولد کودکان با عارضه فلج مغزی تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۵: نتایج مربوط به ویژگی‌های عاطفی-روانی مادر، رغبت زناشویی، تمایل به فرزندآوری، نگرش والدین به زندگی و ارتباط آنها با فلج مغزی

متغیرها	مشخصه آماری	درجه آزادی	مقدار خی دو	سطح معناداری
وضعیت عاطفی-روانی مادر	۲	۸/۱۶۰	۰/۰۰۱	
تمایل به فرزندآوری والدین	۲	۸/۱۶۰	۰/۰۰۱	
رغبت زناشویی والدین	۴	۳۲/۳۹	۰/۰۰۱	
نگرش والدین به زندگی	۳	۱۳/۷۴	۰/۰۰۳	
رغبت زناشویی والدین	۴	۳۲/۳۹	۰/۰۰۱	
نگرش والدین به زندگی	۳	۱۳/۷۴	۰/۰۰۳	

با توجه به نتایج آزمون خی دو بین ویژگی‌های عاطفی-روانی مادر، رغبت زناشویی، تمایل به فرزندآوری، نگرش والدین به زندگی و تولد کودکان با عارضه فلج مغزی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۶: نتایج مربوط به ویژگی‌های شناختی والدین (میزان آگاهی والدین از عوامل مولد فلج مغزی، میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر و میزان آگاهی مادر از عارضه فلج مغزی) و ارتباط آنها با فلج مغزی

متغیرها	مشخصه آماری	درجه آزادی	مقدار خی دو	سطح معناداری
میزان آگاهی والدین از علل فلج مغزی	۳	۲۷/۳۲	۰/۰۰۱	
میزان تحصیلات پدر	۴	۵/۹۳	۰/۳۰۵	
میزان تحصیلات مادر	۴	۱۷/۱۸	۰/۰۰۲	
میزان آگاهی مادر	۳	۱۰/۵۰	۰/۰۱۵	

نتایج مربوط به ویژگی‌های شناختی والدین نشان می‌دهد که میزان آگاهی والدین از عوامل مولد فلج مغزی، میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر و میزان آگاهی

مادر از عارضه فلج مغزی و فراوانی تولد کودکان با فلج مغزی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۷: نتایج مربوط به ویژگی‌های اجتماعی والدین (وضعیت اقتصادی خانواده و میزان روابط اجتماعی) و ارتباط آنها با فلج مغزی

سطح معناداری	مقدار خی دو	درجه آزادی	مشخصه آماری متغیرها
۰/۰۰۱	۴۱/۳۵	۳	شرایط اقتصادی
۰/۰۰۱	۱۰۳/۸۶	۳	روابط اجتماعی

یکی دیگر از متغیرهای مربوط به این تحقیق، ویژگی‌های اجتماعی والدین (وضعیت اقتصادی خانواده و میزان روابط اجتماعی) است که با میزان تولد کودکان با عارضه فلج مغزی تفاوت معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

متغیرهای مربوط به فصل تولد کودک، نزدیکی محل سکونت کودک به تأسیسات خطرآفرین، وزن تولد کودک، سابقه ابتلا به بیماری‌ها، ترتیب تولد، فاصله تولد کودک با همشیر قبل از خود که مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این پژوهش است. از این، بین متغیرهای فصل تولد کودک، وزن تولد کودک، سابقه ابتلا به بیماری کودک و ترتیب تولد با فراوانی تولد کودکان با فلج مغزی تفاوت معنادار مشاهده شد که این نتایج با نتایج پژوهش‌های مشابه از جمله افروز (۱۳۸۴)، قاسمی (۱۳۷۸)، اووشاو و همکاران (۱۹۹۸)، کامینز و نلسون (۱۹۹۳) همسو است. اما در مورد متغیر نزدیکی محل سکونت کودک به تأسیسات خطرآفرین با فراوانی تولد کودکان فلج مغزی رابطه معناداری مشاهده نشد. با تحلیل نتایج مربوط به ویژگی‌های زیستی، معلوم شد که بین اغلب متغیرهای مربوط به ویژگی‌های زیستی والدین، به‌خصوص متغیرهای مربوط به سن مادر هنگام اولین بارداری، سن مادر به هنگام تولد کودک، تفاوت سنی پدر و مادر، قد مادر، گروه خونی پدر و مادر، مدت بارداری و کیفیت بارداری در سطح $(p < .1)$ ، تفاوت معناداری وجود داشت، ولی بین سایر متغیرهای مربوط به ویژگی‌های والدین مثل سن مادر هنگام ازدواج، سن پدر هنگام ازدواج، سن پدر هنگام اولین بارداری مادر،

سن پدر هنگام تولد کودک، ترتیب تولد پدر، ترتیب تولد مادر، سلامت عمومی پدر و سلامت عمومی مادر قبل از تولد کودک، رابطه خویشاوندی والدین، اعتیاد والدین، میزان مصرف دارو توسط مادر و نوع گویش والدین با فراوانی تولد کودکان فلج مغزی تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج حاصل با نتایج پژوهش‌های کامینز و نلسون (۱۹۹۳)، ییلدیز و همکاران (۲۰۰۶) و دانیل و همکاران (۱۹۸۹) همسو است. در مورد متغیرهای سن مادر به هنگام ازدواج، سن مادر به هنگام اولین بارداری، گروه خونی پدر، گروه خونی مادر، تفاوت سنی پدر و مادر و رابطه آن با فراوانی تولد کودکان فلج مغزی، علیرغم وجود تفاوت معنادار، تاکنون پژوهشی مشابه و موازی با این متغیرها انجام نشده و همچنین در زمینه متغیرهای سن پدر هنگام ازدواج، سن پدر هنگام اولین بارداری مادر، سن پدر هنگام تولد کودک، ترتیب تولد پدر، ترتیب تولد مادر، سلامت عمومی پدر قبل از تولد کودک، نوع گویش والدین و رابطه آن با تولد کودکان فلج مغزی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مورد متغیرهای سلامت عمومی مادر، رابطه خویشاوندی والدین، اعتیاد والدین، میزان مصرف دارو توسط مادر هنگام بارداری و رابطه آن با تولد کودکان فلج مغزی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مورد متغیر قد مادر و رابطه آن با تولد کودکان با فلج مغزی تفاوت معناداری مشاهده شد که با نتایج دانیل (۱۹۸۹) همسو است. همچنین در مورد متغیر طول مدت بارداری و کیفیت بارداری با تولد کودکان با فلج مغزی تفاوت معناداری مشاهده شد که با نتایج پژوهش‌های مشابه مانند قاسمی (۱۳۷۸)، کیم‌چی و همکاران (۱۹۹۹)، ییلدیز و همکاران (۲۰۰۶) و مائورین (۲۰۰۳) همسو است. درباره ویژگی‌های شناختی والدین پنج متغیرمیزان آگاهی والدین از عوامل معلولیت‌زا، میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر، میزان آگاهی پدر درباره فلج مغزی و میزان آگاهی مادر درباره فلج مغزی مورد بررسی قرار گرفتند که از آن میان، بین متغیرهای میزان آگاهی والدین از عوامل معلولیت‌زا و میزان تحصیلات مادر با تولد کودکان فلج مغزی در سطح $p < .1$ رابطه معناداری حاصل شد و همچنین بین متغیرهای میزان آگاهی پدر درباره فلج مغزی و میزان آگاهی مادر درباره فلج مغزی با تولد کودکان فلج مغزی در سطح $p < .5$ رابطه معناداری حاصل شد. این نتایج با نتایج پژوهش یزدانی (۱۳۷۰) و کمالی (۱۳۶۹) همخوانی نسبی دارد. اما در مورد متغیر میزان تحصیلات پدر و فراوانی تولد کودکان با فلج مغزی تفاوت معناداری مشاهده

نشد و نتایج به ویژگی‌های روانی والدین نشان داد که بین همه متغیرهای مربوط به ویژگی‌های روانی والدین و فراوانی تولد کودکان با فلج مغزی در سطح $p < .1$ ، رابطه معناداری وجود دارد؛ ضمن اینکه نتایج حاصله از متغیرهای این پژوهش با نتایج تحقیقات مشابه، از جمله گونتارد و همکاران (۲۰۰۲)، آنگ ال سی (۱۹۹۸)، بریهاوت و همکاران (۲۰۰۴)، جواسچ و اسمیت (۱۹۹۷) و دانیل (۱۹۸۹)، همسو است. درباره متغیرهای مربوط به ویژگی‌های اجتماعی والدین نیز تفاوتی معنادار مشاهده شد که با نتایج یری هاوت و همکاران (۲۰۰۴) همسو است.



منابع

الف) فارسی:

- افروز، غلامعلی (۱۳۸۳). اصول و روش های پیشگیری از معلولیت ها. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- پل ومان و همکاران (۱۹۸۸). آموزش حرفه ای برای جوانان مبتلا به فلج مغزی و چند معلولیتی. ترجمه فریده ترابی میلانی و فرشته با عزت. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات سمت.
- شبدینی، شیلا (۱۳۸۳). بررسی انواع اختلالات رفتاری در کودکان فلج مغزی ۶ الی ۱۱ سال مراجعه کننده به کلینیک های توان بخشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- جغتایی، محمد تقی و گلمحمدی، حسن (۱۳۷۶). کودکان با فلج مغزی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی.
- دانیل دی، آرناهم و ویلیامز ای، سینکلر (۱۹۹۶). حرکت درمانی برای کودک مبتلا به خام حرکتی. ترجمه حمید علیزاده (۱۳۷۵). تهران: انتشارات رشد.
- دلاور، علی (۱۳۷۴). احتمالات و آمار کاربردی در علوم تربیتی و روان شناسی. تهران: انتشارات رشد.
- رابینسون، نانسی ام و رابینسون، هالبرت بی (۱۹۶۷). کودک عقب مانده ذهنی. ترجمه فرهاد ماهر (۱۳۷۴). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- فینی، نانسی (۱۹۹۲). کودک مبتلا به فلج مغزی، مراقبت و توان بخشی. ترجمه شرمین خزائی (۱۳۷۲). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- کنیث، آرنیواندر (۱۹۸۳). آسفکسی جنین و فلج مغزی. ترجمه دکتر منصور افضی (۱۳۶۲). تهران: انتشارات چکیده.

لیزکار نیگتون و میشل کرتین. ارزیابی رشد خردسالان مبتلا به فلج مغزی. ترجمه سیمین رئیسی‌زاده (۱۳۷۴). تهران: سازمان آموزش و پرورش استثنایی با همکاری نشر دانا.

هالیس، فیت (۱۹۷۶). تربیت بدنی و باز پروری برای رشد و سازگاری و بهبودی معلولان. ترجمه فرهاد ماهر (۱۳۷۷). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

ب) لاتین

- Blair, E. & L. Waston (2006). **Epidemiology of Cerebral Palsy**. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 11, 117- 125.
- Brehaut, J.C., D.E. Kohen, P. Rainna & S.D.Walter (2004). **The Health of Primary Caregivers of Children with Cerebral Palsy: How Dose it Compare with that of other Canadian Caregivers?** *Pediatrics*, 114, 182- 191.
- Cadman, D, P. Rosenbaum & M.Boyle (1998). **Family and Parents Demographic Character and Psychological Adjustment**. *Pediatrics*, 87, 884- 889.
- Caravale, B., F. Allemande & H. Libenson (2003). **Factors Predictve of Seizures and Neurologic Outcome in Prenatal Depression**. *The Journal of Pediatrics Neurology*, 22, 18 - 25.
- Cummins, S.K., K.B. Nelson, J.K. Grether & E.M. Velie (1993). **Carabral Palsy in four Northen California Countries, Births 1983 through 1985**. *Journal of Pediatrics*, 123, 230-237.
- Eduardo, S., B. Cardoso, M.B. Rodrigues & J. Carla (2006). **Botulium Toxin Type A, for the Treament of the Spastic Equinus Foot in Cerebral Palsy**. *Pediatric Neurology*, 34, 106 -109.

- Eker, L. and E. Handan Tuzun (2004). **An Evaluations of Quality of Mothers of Children with Cerebral Palsy**. Disability and Rehabilitation Journal, 26, 1354-1359.
- Eugene, I.M., McDrral Burton and J.R. Chance (1984). **Cerebral Palsy**. US: Prentice-Hall, INC.
- Gaggero, R., R. Devescovi, A. Zacone and G. Ravera (2001). **Epilepsy Associated with Infantile Hemiparesis: Predictors of Long-term Evaluation**. Brain Development , 1, 7- 12.
- Gontard, M. Von, A. Backes, C. Laufersweiler-Plass, C. Wendland, G. K. Lehmkuhl & S. Rudnik (2002). **Psychopathology and Family Stress-Comparision of Boys with Fragile X Syndrome and Spinal Muscular Atrophy**. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 43, 949.
- Groen, S.E., A.C. Deblecourt & K. Posterma (2005). **General Movements in Early in Fancy Predict Neuromotor Development at 9 to 12 Years of Age**. Journal of Pediatrics Neurology, 47, 731 – 738.
- Gupta, A. and Singhal, N. (2005). **Psychosocial Support for Families of Children with Autism**. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. 2, 16, 62-83.
- Hodapp, R.M., L.A. Ricci & D. J. fiddler (2003). **The Effects of Child with Down Syndrome on Maternal Stress**. British Journal of Developmental Psychology. 21, 137- 151.

- Hou, M., P. Fu & H. Zhang (2004). **Oral Motor Dysfunction, Feeding Problems and Nutritional Status in Children with Cerebral Palsy**. Zhonhua er ke za, 42, 765- 768.
- Hannah, C. & Kinney (2006). **The Near-Term (Late Preterm) Human Brain and Risk for Periventricular**. Scince Direct, Seminars in Perinatology, 30, 81- 88.
- Jonsma, J.R., A.E. Peterson, L.M. McInnis and Berghuis D.J. (2003). **The Child Psychotherapy Progress Notes Planner**. Newjersey: Inc. Hoben.
- Jeyabalan, A., R.W. Larkin & D.V. Landers (2005). **Vaginal Breech Deliveries Selected using Computed Tomographic Pelvimetry may be Associated with Fewer Adverse Outcomes**. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicin, 17, 381–385.
- Kulak, W., W. Sobaniec & L. Bockowaski (2006). **Nuero Physiological and Neuroimaging Studies of Brain Plasticity in Children with Spastic Cerebral Palsy**. Experimental Nuerology, 1, 4- 11.
- Koman, A., S. Paterson & S.J. Beth (2004). **Cerebral Palsy**, Journal of Pediatrics, 7, 145- 152.
- Lessen Berry, B.M., and R.A. Rehfeldt (2004). **Evaluating Stress Levels of Parents of Children with Disabilities**. Exceptional Children.70, 231- 244.
- Liptak,G.S. & P.J. Accardo (2004). **Health and Social Outcomes of Children with Cerebral Palsy**. Journal of Pediatrics, 45, 36- 41.

- Lucres, M.C.J. and M. Ketelaar (2003). **Parental Experience of Participation in Physical Therapy for Children with Physical Disabilities.** *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45, 58 -69.
- Maureen, C.L. (2003). **Motor out-comes in Premature Infants.** *Newborn and Infant Nursing*, 30,81-88.
- Mckearnan, K.A., G.M. Kieckhefer, M.P. Jensen & S. Labyak (2004). **Cerebral Palsy.** *Journal of Neurosci nurs*, 36, 252-259.
- Nuntnarumit, P., H.S. Bada & W. Yang (2002). **Neuobiologic Risk Score and Long-term Developmental Outcomes of Premature Infants, Birth Weight less than 1.250 g.** *Journal of Med. Association*, 85, 1135- 1142.
- Nelson, K.B. & J.H. Ellenberg (1995). **Obstetric Complication as Risk Factors for Cerebral Palsy.** *American Medical Association*, 14, 251- 259.
- O'Donnell, M., P. Rosenbom & J. Brehaut (2005). **The Health and Well- being of Caregivers of Children with Cerebral Palsy.** *Pediatrics*, 115,625-636.
- Ones, K., E. Yilmaz, B. Cetinkaya & N. Caglar (2005). **Assessment of the Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy (Primary Caregivers).** *Neurorehabil Neural Repair*, 19,232- 239.
- Raina, P. Donnell, M. Schwellnus, H. Rsenbaum, P. King, G. Brehaut (2004). **Caregiving Process and Caregiver Burden: Conceptual Models to Guide Research and Practice.** *Biomedical (BMC) Pediatrics*.

- Reber, A. (1995). **The Penguin Dictionary of Psychology**. 2nd Ed. New York: Penguin Book.
- Rosenbaum, P., B. Dan & A. Leviton (2005). **Classification of Cerebral Palsy**. The Journal of Pediatrics, 38, 222- 229.
- Sleigh, G. (2005). **Aqalitative Study on Feeding Children with Cerebral Palsy**. Child, Care Health and Development, 31, 373- 383.
- Tilton, A.H. (2006). **The Rapuetic Interventions for Ton Abnormalities in Cerebral Palsy**. Neuero RX., 3, 217- 224.
- Yildizi, Y., T. Demirci, M. Degirmenci & S. Avsar (2006). **Antenatal and Delivery Risk Factors and Prevalence of Cerebral Palsy in Duzce (Turkey)**. Brain and Development, 18, 425- 436.